Aus der Universitätshautklinik zu Breslau.
(Geh.-Rat. Prof. Dr. Jadassohn.)

Über Rumpfhautkarzinome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Kurt Rose,
Ass.-Arzt an der Dermatologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals
zu Breslau.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Breslau 1920.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geh.-Rat. Prof. Dr. Jadassohn.

Meinen Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548211_0112

Wir hatten vor einiger Zeit Gelegenheit, an der Breslauer Universitätshautklinik einen Fall von primären multiplen Hautkarzinomen mit vorwiegender Lokalisation am Rumpf zu beobachten von einer bisher noch nicht beschriebenen Form und Ausdehnung. Besonders bemerkenswert war es auch, daß es sich dabei um ausgesprochene Basalzellenepitheliome handelte, von denen neben den hochentwickelten auch die Anfangsstadien in Form ganz flacher Herde beobachtet werden konnten. Ein zweiter Fall von isoliertem sehr großem Basalzellenepitheliom am Rumpf kam kurz nachher an der Chirurgischen Universitätsklinik zur Aufnahme und wurde mir von Herrn Geheimrat Küttner freundlichst zur Beobachtung überlassen. Ich gebe zunächst die Krankengeschichten und die histologischen Befunde der beiden Fälle.

Anamnese: 48jährige Lehrersfrau. Als Kind Gelbsucht, mit 14 Jahren Bleichsucht, wogegen sie $^1/_2$ Jahr hindurch mit Sol. Fowleri behandelt wurde. Im 20. Lebensjahre fiel ihr an der rechten Unterbauchseite ein linsengroßer, etwas klebrige Flüssigkeit absondernder „Fleck“ auf, der im Niveau der gesunden Haut lag, scharf begrenzt und hochrot gefärbt war. Da er keinerlei Beschwerden machte, so schenkte ihm Patientin wenig Beachtung. Im Laufe der folgenden Jahre trat eine ganz allmähliche Vergrößerung des „Fleckes“ ein, der nach 10—12 Jahren die Größe einer Bohne erreicht und sich mit einer von Zeit zu Zeit abfallenden Kruste bedeckt hatte, unter der dann eine hochrote wuchernde, leicht blutende Fläche zutage trat.

Nach weiteren 5 Jahren, also etwa 15 Jahre nach der ersten Wahrnehmung der Erkrankung, war die Stelle handtellergroß geworden. Die geschwürig zerfallene Oberfläche sonderte eine übelriechende Flüssigkeit ab. Im Verlaufe der nächsten Jahre erfolgte eine weitere Ausbreitung des Geschwürs derart, daß es sich besonders an seinem oberen und unteren Pole vergrößerte. An letzterem entstanden zwei kleine Knötchen, die innerhalb eines Jahres die Größe einer Kirsche erreichten.

Die gleiche Entwicklung machte ein Geschwür durch, das sich auf der rechten Gesäßhälfte entwickelte. Auch hier entstand zuerst ein roter „Fleck", der sich im Laufe von vielen Jahren bis zu einem 5 Markstück großen Geschwür mit Krustenbildung und Neigung zu Blutungen bei Berührung entwickelte.

Außerdem traten vor etwa 5 Jahren zahlreiche rote „Fleckchen und Pünktchen" zwischen Nabel und rechter Hüfte, am unteren Rande des rechten Schulterblattes und ein kleiner Knoten in der rechten Kniekehle auf. Auch diese in den letzten Jahren entstandenen Gebilde wuchsen äußerst langsam, ohne der Patientin irgend welche Beschwerden zu bereiten. In den letzten Jahren will sie jedoch stark abgemagert sein.

Status praesens:

Kleine schwächliche Frau von blassem Aussehen und dürftigem Ernährungszustande. Innere Organe o. B.

Rechts der Linea alba oberhalb der Symphyse bis zum Schwertfortsatz reichend befinden sich zahlreiche blaßrote Effloreszenzen, bestehend aus uncharakteristisch aussehenden rauhen Flecken, mitunter auch flachen Erhebungen. Daneben finden sich einzelne unregelmäßige, leicht blutende scharf begrenzte serpiginös umrandete Ulzerationen bis zu Handtellergröße, zum Teil zusammenhängend und mit Krusten bedeckt. Es besteht mäßige Schmerzhaftigkeit bei Berührung.

Der größte Herd befindet sich an der rechten Unterbauchseite. Er beginnt 8 cm oberhalb der Symphyse und

zieht nach rechts bis über die Gegend der Spina iliaca sup. ant. hinaus. Seine Durchmesser betragen 18 : 9 cm. Die Oberfläche ist geschwürig zerfallen und von hellroten leicht blutenden granulationsähnlichen Wucherungen gebildet, die am unteren Pole des Geschwürs in mehrere Zentimeter hohe Tumormassen übergehen. Das Geschwür, welches im ganzen etwas unter dem Niveau der normalen Haut liegt, ist von unregelmäßiger Form. Seine serpiginösen Ränder grenzen es scharf von der gesunden Haut ab.

Mitten auf der rechten Gesäßfläche befindet sich eine ähnliche kreisrunde Ulzeration von der Größe eines 5 Markstückes mit wucherndem, leicht blutenden Geschwürsgrund.

Unterhalb des rechten Schulterblattes liegt eine weitere etwa 2 Markstück große ulzerierte Stelle, die zum Teil mit Krusten bedeckt ist, daneben mehrere kleinere flache Infiltrate von rötlich brauner Farbe.

In der rechten Kniekehle befindet sich ein nicht ulzerierter kirschgroßer Tumor, der sich gut von der Umgebung abgrenzen läßt.

Drüsenschwellungen sind nirgends vorhanden.

Mikroskopischer Befund:

Exzision vom Rande des großen Bauchdeckentumors. (Präp. No. 173a.)

Zu beiden Seiten des Schnittes sieht man eine einigermaßen normale Epidermis. Die Cutis ist in der Mitte fast ganz ausgefüllt von Tumormassen, über denen nur an einzelnen Stellen das Oberflächenepithel erhalten ist. Sie ragen etwas über das Niveau der Peripherie hinaus und sind unregelmäßig zerklüftet. Zum Teil bilden sie rundliche, zum Teil bauchige, größtenteils solide Komplexe, zum Teil bestehen sie aus feinen netzförmigen Verästelungen, die mit den großen Neubildungsmassen zusammenhängen. In den letzteren finden sich Inseln von Bindegewebe. Solche Herde liegen nicht nur in der Mitte, sondern auch an der einen Seite des Schnittes unter dem Oberflächenepithel. Soweit dieses erhalten ist, erscheint es im ganzen abgeflacht.

An einer Stelle liegt ein großer Tumorherd dicht unter dem Epithel. Er verzweigt sich nach oben netzartig und ist an einzelnen Stellen von dem Oberflächenepithel bei schwacher Vergrößerung nicht abzugrenzen.

Auf der entgegengesetzten Seite des Schnittes sind einzelne Oberhautleisten vorhanden, die nach unten hin von Zellen gebildet werden, die denen des Haupttumors in Art und Anordnung gleichen.

In der im ganzen ulzerierten Mitte ist an einer kurzen Strecke ein sehr abgeflachtes Oberflächenepithel vorhanden. Mit diesem hängt ein Gebilde zusammen, das nach unten flaschenförmig aufgetrieben ist und in der Peripherie aus soliden Zellagen besteht. Es zeigt in der Mitte ein Lumen, das sich bis zur Oberfläche verfolgen läßt. In dem flaschenförmig aufgetriebenen Teil liegt im Zentrum eine mit van Gieson rotgefärbte homogene, von zahlreichen Kernen durchsetzte Masse. An dem dünnen Hals finden sich feine baumartige Verästelungen des Epithels, die mit dem Oberflächenepithel zusammenhängen, wie sich aus verschiedenen Schnitten ergibt. Haare oder Hornmassen sind in der Mitte nicht nachzuweisen. Ob es sich hier um ein präformiertes Gebilde (Haarfollikel oder Schweißdrüsenausführungsgang) handelt, oder um einen von der Oberfläche in die Tiefe gewachsenen Tumoranteil, läßt sich nicht nachweisen.

In der Cutis und Subcutis sind teils unter den Tumormassen, teils unter dem relativ normalen Epithel zystische Hohlräume, die nach van Gieson eine gelbbraun gefärbte homogene Masse enthalten und einen dünnen gegen die Umgebung scharf abgesetzten Epithelsaum tragen. An einzelnen Stellen ist ein Zusammenhang dieser Hohlräume mit normalen Schweißdrüsenausführungsgängen nachzuweisen („Hydrozystome").

An der Peripherie des Schnittes findet sich ferner ein Haarfollikel, der nach einer Seite einen Auswuchs des Epithels zeigt, der sich nach unten und oben verzweigt. Die obere Verzweigung, die wieder denselben Charakter

wie die übrigen Tumormassen trägt, hängt mit dem Oberflächenepithel zusammen.

Um die Tumoren herum findet sich eine dichte Infiltration, die stellenweise ziemlich weit in die Tiefe geht, besonders um die Gefäße herum. Diese sind zum Teil erweitert und mit Blut gefüllt.

Bei starker Vergrößerung sieht man, daß die großen Neubildungsherde an ihrer Peripherie meist eine Lage zeigen, die von sehr hohen zylindrischen parallel angeordneten Zellen gebildet werden, zwischen denen solche mit intensiv gefärbten langen spindeligen Kernen liegen. An einzelnen Stellen liegen diese letzteren Zellen geradezu senkrecht zu der basalen zylindrischen Schicht an deren zentraler Seite und bilden anscheinend zusammenhängende Reihen, sodaß man bei schwacher Vergrößerung fast den Eindruck einer Membran hat. Die ganze übrige Tumormasse wird von unregelmäßig angeordneten Zellen mit rundlichen und ovalären, mäßig chromatinhaltigen Kernen gebildet. Die Zellen sind kleiner als normale Epidermiszellen. Ihr Protoplasmasaum ist schmal, Stacheln sind nicht zu erkennen Dadurch, daß diese kleinen Zellen dicht zusammenliegen, erscheinen die Tumorpartien bei schwacher Vergrößerung in den gefärbten Schnitten im ganzen dunkler als die normale Epidermis. Ziemlich häufig finden sich Kernteilungsfiguren in den Geschwulstpartien.

Was die schon erwähnten Stellen betrifft, an denen man schon bei schwacher Vergrößerung einen Zusammenhang zwischen Geschwulstgewebe und der Oberhaut resp. Haarfollikeln findet, so ist es nicht möglich zu entscheiden, ob das Epitheliom von dem Oberhautepithel ausgegangen ist, oder ob es von unten her nachträglich an das normale Epithel herangewachsen ist.

Die epitheliomatösen Massen sind umgeben von Infiltraten, welche aus Rundzellen und reichlichen Plasmazellen bestehen. Stellenweise finden sich, offenbar in den Lymphspalten des fibrillären Bindegewebes, ein- oder zweireihige Züge von Tumorzellen.

Abgekappte Wucherung des Bauchdeckentumors. (Präp. Nr. 173 b.)

Der Schnitt ist im ganzen von rundlicher Form und ringsum fast vollkommen mit Oberhaut bedeckt, die zum Teil schräg geschnitten ist. Diese „Kuppe" wird fast ganz ausgefüllt von Tumorgewebe, das im wesentlichen sich ebenso verhält wie in dem vorher beschriebenen Präparat. Besonders deutlich ist hier die netz- und baumförmige Verästelung der Tumormassen, die auch hier an einzelnen Stellen mit dem Oberflächenepithel zusammenhängen.

Schnitt durch einen nicht ulzerierten Knoten in der Kniekehle. (Präp. Nr. 173 c.)

Im wesentlichen findet man dieselben Verhältnisse wie bei dem zuerst beschriebenen Präparat vom Rande des großen Bauchdeckentumors.

Bemerkenswert ist folgender Befund: Dicht unter der Oberfläche liegt ein Durchschnitt durch einen Haarfollikel, dessen Epithel an zwei Stellen mit Zügen des Tumorgewebes in innigem Zusammenhange steht. Innerhalb des normalen Epithels des Haarfollikels findet sich, der inneren Wurzelscheide fast anliegend, ein scharf abgesetzter Haufen von Zellen, die, was Größe, Lagerung und Färbbarkeit anlangt, in nichts von den Tumorzellen zu unterscheiden sind. Wir haben es also mit einer Tumoreinlagerung in das normale Epithel des Haarfollikels zu tun. Leider sind Serienschnitte nicht vorhanden, sodaß man nicht verfolgen kann, wie sich dieser Zellhaufen nach allen Seiten absetzt und ob er wirklich vollständig intraepithelial gelegen ist.

Flaches, blaßrotes Infiltrat der rechten Bauchseite. (Präp. Nr. 176.)

Besonders interessant ist ein Schnitt durch einen flachen Herd der rechten Bauchseite. Die Oberhaut ist im ganzen atrophisch, die Retezapfen verstrichen.

Neben einem einzelnen größeren Tumorherd in der Tiefe sieht man eine größere Anzahl mit der Oberhaut in Verbindung stehender, als rundliche nach der Cutis gerichtete Ausbuchtungen derselben erscheinender Gebilde. Diese

bestehen in der Peripherie aus parallel gestellten hohen zylindrischen Zellen und in der Mitte aus bunt durcheinander gewürfelten kleineren stachellosen Zellen, sodaß diese Zellmassen bei schwacher Vergrößerung durch ihre intensivere Kernfärbung gegenüber dem übrigen Oberhautepithel auffallen.

Diese Ausbuchtungen zeigen die verschiedensten Größenverhältnisse. Die ausgebildetsten sind etwa 2—3 mal so groß wie normale Epithelleisten. Daneben sieht man andere nur ganz geringe Wölbungen, die aus etwa 5—6 Zellagen in ihrem größten Durchmesser bestehen, aber doch deutlich von dem übrigen Epithel zu differenzieren sind. Zwischen den einzelnen Auswüchsen ist die Oberhaut wohl etwas dünn und die Retezapfen fehlen, sonst aber ist der Bau des Epithels normal bis auf einige Stellen, an denen die basalen Schichten wenig verdickt erscheinen und man über einer Basalzellenschicht eine oder mehrere Lagen von stachelfreien unregelmäßig gelagerten kleineren Zellen sieht, die sich von dem Oberhautepithel deutlich unterscheiden lassen. Wiederum an anderer Stelle ist die normale Basalzellenschicht unterbrochen von Zellen, die kleiner sind als die Retezellen, unregelmäßig durcheinanderliegen und einen intensiv gefärbten Kern zeigen. — —

Der hier beschriebene Fall ist besonders bemerkenswert durch das Auftreten multipler, zum Teil sehr umfangreicher stark gewucherter und zerfallender Basalzellenepitheliome am Rumpf; durch das Vorhandensein einer großen Anzahl von ganz flachen, oberflächlich infiltrierten blassen und uncharakteristischen Flecken, bei denen die mikroskopische Untersuchung Befunde ergab, die nicht anders denn als ganz beginnende Basalzellenepitheliome gedeutet werden können.

Der Verlauf ist, wie das bei dieser Epitheliomform charakteristisch ist, ein außerordentlich chronischer. Trotz der Länge des Bestandes des größten Tumors fehlen Metastasen und regionäre Lymphdrüsenbeteiligung.

Der in der Anamnese erwähnte Gebrauch von Arsen während eines halben Jahres dürfte als Ursache für die ausgedehnte Erkrankung wohl kaum in Betracht kommen. Er ist für eine derartig ausgebreitete Erkrankung wohl ein viel zu kurzer. Es ist mir jedenfalls kein Fall bekannt geworden, in welchem nach relativ so kurz dauernder Medikation Karzinome aufgetreten sind.

Aus dem histologischen Befunde sind besonders zwei Punkte als interessant hervorzuseben: 1. Die eigentümlichen senkrecht auf der Achse der basalen Zylinderepithelien des Tumors stehenden schmalen Zellen mit langen schmalen dunklen Kernen, welche augenscheinlich zu dem Epitheliom gehören. 2. Die innerhalb des Epithels der Oberfläche und der Follikel liegenden Herde von Basalzellenepitheliom.

Der Zufall hat es, wie erwähnt, gefügt, daß ich einen zweiten Fall eines ausgedehnten solitären Bauchdeckenkarzinoms in der Breslauer Chirurgischen Universitätsklinik beobachten konnte, das dem ausgedehnten Bauchdeckenkarzinom im vorigen Falle außerordentlich ähnlich sah. Es handelt sich um eine 54 jährige, dem Arbeiterstande angehörende Patientin, welche über ihr Leiden folgende Angaben macht:

Bis zum Ausbruch ihrer jetzigen Erkrankung will sie im wesentlichen gesund gewesen sein. Vor etwa 20 Jahren entwickelte sich aus einem roten Fleck an der rechten Unterbauchseite, der die Größe eines Pfennigstückes hatte, ein kleines Geschwür, das sich mit einer von Zeit zu Zeit abfallenden Kruste bedeckte und ganz allmählich an Ausdehnung zunahm, bis es nach 10 Jahren die Größe eines 5 Markstücks erreichte. In den letzten zwei Jahren wuchs das Geschwür besonders schnell und sonderte dauernd ein übelriechendes Sekret ab. Patientin empfand heftige Schmerzen, sodaß sie sich in ärztliche Behandlung begab.

Status praesens:

Mittelgroße, anämische Frau in dürftigem Ernährungszustande mit gesunden inneren Organen.

An der rechten Unterbauchseite von der Spina iliaca ant. sup. bis zur Mitte der Leistenbeuge ziehend, nach oben bis zum Rippenbogen reichend, befindet sich ein flächenförmiges, 13 : 10 cm großes Geschwür — durch scharf geschnittene serpiginöse Ränder von der normalen Haut abgegrenzt. Der Geschwürsgrund ist mit hellroten, leicht blutenden granulationsähnlichen Wucherungen bedeckt und in der Mitte kraterförmig eingesunken. Die Leistendrüsen sind nicht vergrößert.

Mikroskopischer Befund:

Der mikroskopische Befund ist derselbe wie in dem zuerst beschriebenen Falle.

Das stratum corneum ist nur zum kleinsten Teil erhalten.

Soweit das Oberhautepithel erhalten ist, zeigen seine Zellen deutliche Abgrenzung und Färbung. Die Basalzellen sind gut erhalten und scharf vom Cutisgewebe abgesetzt.

An Stelle der Oberhaut findet man an mehreren Stellen ein zellreiches, vorwiegend an der Peripherie aus spindeligen Elementen bestehendes Gewebe, das sich durch starke Färbbarkeit der Kerne auszeichnet und sich in Form solider Zellkomplexe oder eines weitmaschigen Netzes oder baumartiger Verästelungen weit ins Cutisgewebe erstreckt. Bei stärkerer Vergrößerung sieht man, daß es aus vorwiegend spindeligen Zellen besteht mit relativ großen Kernen und geringem Protoplasmasaum.

Die Retezapfen scheinen an mehreren Stellen ohne scharfe Grenze in das wuchernde Gewebe überzugehen. Unterhalb derselben sowie zwischen den netzartigen Zügen ist die Cutis von Rundzellen stark infiltriert, desgleichen sind die Gefäße auch in den tieferen Schichten der Cutis von einem Zellmantel umgeben.

Zusammenfassung.

Auch in vorliegendem Falle finden wir einen Tumor, der aus baumförmig verzweigten und netzartig angeordneten Zellkomplexen besteht, die aus vorwiegend spindeligen Zellen zusammengesetzt sind und am ehesten mit den Basalzellen der Epidermis verglichen werden können. Es handelt sich also auch in diesem Falle um einen ausgesprochenen Krompecherschen Basalzellenkrebs.

Besonders der erste Fall mit seinen zahlreichen flachen Krankheitsherden, die wir als beginnende Basalzellenepitheliome auffassen müssen, und mit den wenn auch weniger zahlreichen großen, zum Teil sehr großen ulzerierten und wuchernden Herden schien ein ganz außergewöhnliches Vorkommnis zu sein. Es wird allgemein angenommen, daß die Hautkarzinome überhaupt am Rumpf relativ selten sind, daß aber besonders die Basalzellenepitheliome eine ganz auffallende Prädilektion für das Gesicht haben und am Rumpf überhaupt sehr selten und ganz vor allem nicht multipel vorkommen.

Ich habe daher die Literatur über die Rumpfhautkarzinome, soweit sie mir zur Verfügung stand, auf das Vorkommen von analogen Fällen durchsucht. Selbstverständlich ist, daß ich die ja nicht seltenen multiplen metastatischen Hautkarzinome bei Seite gelassen habe. Nicht berücksichtigt habe ich ferner:

1. Die malignen Tumoren, die sich aus Naevis entwickeln.
2. Narbenkarzinome.
3. Pagets disease mit der gewöhnlichen und mit außergewöhnlicher Lokalisation.
4. Xeroderma pigmentosum (Lokalisation im Gesicht und an den Händen).
5. Epitheliome vom Typus Spiegler (Hauptlokalisation am behaarten Kopf).
6. Epitheliome vom Typus Brooke (Hauptlokalisation im Gesicht).
7. Arsenkrebse.

8. Röntgenkarzinome.
9. Karzinome der Genito-Analgegend.

Demnach bleiben übrig:

a) Spinalzellenepitheliome, solitäre und multiple.
b) Basalzellenepitheliome, solitäre und multiple.

Das seltene Vorkommen der Krebse an der Rumpfhaut wurde zuerst statistisch von v. Bergmann hervorgehoben. (Dorpater med. Zeitschrift II, Heft 3, 1871, referiert in Virchow-Hirsch 1872.) In seiner Statistik, die 261 Hautkarzinome umfaßt, finden sich nur zwei Hautkrebse des Rumpfes. Der eine Fall war ein Narbenkarzinom. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 55jährigen Mann, der während des Typhus einen Decubitus am Kreuzbein bekommen hatte. In diesem Decubitus entwickelte sich ein Karzinom, wie sich aus dem mikroskopischen Befunde ergab.

In der Karzinomstatistik von v. Winiwarter (Beiträge zur Statistik der Karzinome. 1878) werden zwei weitere Rumpfhautkarzinome v. Bergmanns zitiert. Das eine war ein talergroßes ulzeriertes Karzinom an der Vorderseite des Halses, das sich bei einem 77jährigen Manne in 5 Monaten aus einer Warze entwickelt hatte. Das zweite war ein rezidivierender Hautkrebs bei einer 58jährigen Frau unterhalb der linken Scapula.

Während sich von nun an die Fälle in der Literatur häufen, bei denen man Hautkrebse auf alten Narben, Naevis, bei Xeroderma pigmentosum, Röntgendermatitis usw. beobachten konnte, findet man verhältnismäßig wenig Fälle, bei denen sich ein Karzinom auf anscheinend intakter Rumpfhaut entwickelt hat.

Ich habe aus der Literatur eine größere Anzahl solcher Fälle zusammengestellt. Bei sehr vielen ist die histologische Diagnose nicht gestellt; in manchen gelingt es, sie aus der klinischen und histologischen Beschreibung mit mehr oder weniger großer Bestimmtheit zu erschließen.

Ich gebe hier die Resultate dieser Zusammenstellung.

I. Solitäre Rumpfhautkrebse.

Fall 1—3 habe ich bereits vorher in der Karzinomstatistik v. Bergmanns erwähnt.

Fall 4. Suchard: Société anatomique, 24 Mars 1881 (Ref. in den Annales de Derm. et de Syph. 1893). Gestielter, ulzerierter Tumor zwischen den Schulterblättern.

Histologischer Befund: Unbestimmt.

Fall 5. Schimmelbusch: Langenbecks Archiv für klin. Chirurgie. 1889. Bd. 39.

5 Markstück großes Geschwür an der l. Nackenseite.

Histologischer Befund: Spinalzellenepitheliom.

Fall 6. Israel: Langenbecks Archiv f. klin. Chirurgie. 1892. Bd. 43 S. 231.

Hühnereigroße Geschwulst oberhalb des Nabels.

Histologischer Befund: Spinalzellenepitheliom.

Fall 7. Delineau: Journ. des malad. cut. et syphilit. 1892. p. 146.

2 Frankstück großes, kreisrundes Geschwür an der rechten Schulter.

Nach dem klinischen Bilde handelt es sich wahrscheinlich um ein Spinalzellenepitheliom.

Fall 8. Gaudier: Journ. des malad. cut. et syphilit. 1892. p. 108.

Pilzartiger Tumor, der fast die ganze rechte Bauchseite einnimmt.

Nach dem histologischen Bilde handelt es sich wahrscheinlich um ein Basalzellenepitheliom.

Fall 9. Lewis: New York Dermatological Society. 1892. (Ref. im Journ. of cut. and genit. urin. Diseases. 1892. S. 401.)

Epitheliom am Rücken.

Angaben über den histologischen und klinischen Befund fehlen.

Fall 10. Robinson: Trans. of Pathol. Soc. of London. 1892/93. Bd. 44. S. 147.

Ulcus rodens der Brust.

Nähere Angaben waren nicht zu erhalten. Die Bezeichnung „Ulcus rodens“ macht den Basalzellentypus wahrscheinlich.

Fall 11. Bowlby: Trans. of Pathol. Soc. of London. Bd. 45. S. 152.

Ulcus rodens am Halse.

Nähere Angaben fehlten. Die Diagnose „Ulcus rodens“ läßt auf ein Basalzellenepitheliom schließen.

Fall 12. Fox: New York Dermat. Society. 29. IV. 1893. (Ref. in den Annal. de Derm. et de Syph. 1893. p. 1330.

Breite zirkuläre Plaque über der Sternalregion.

Diagnose: Ulcus rodens (also wahrscheinlich Basalzellenepitheliom).

Fall 13. Fox: Brit. Journal of Derm. 1895. S. 258.

Ulzeration über dem oberen Ende des Sternums.

Diagnose: Ulcus rodens (also wohl ebenfalls Basalzellenepitheliom — sehr chronischer Verlauf!).

Fall 14. Bidwell: Dermatolog. Gesellschaft von Groß-Britannien und Irland. (Ref. im Brit. Journ. of Derm. 1895. S. 265.)

Ulcus rodens der Hüfte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein typisches Ulcus rodens (Basalzellenepitheliom).

Fall 15. Selberg: Virchows Archiv. 1896. Bd. 145. S. 176 ff.

Walnußgroßer knolliger Tumor oberhalb der rechten Skapula bei einem 6 Monate alten Kinde.

Diagnose: Wahrscheinlich Spinalzellenepitheliom.

Fall 16. Makenzie: Brit. Journ. of Derm. 1896. Bd. 8. S. 138.

2 Schillingstück großes Ulcus am Nacken.

Diagnose: Ulcus rodens (Basalzellenepitheliom?)

Fall 17. Stowers: Brit. Journ. of Derm. 1896. Bd. 8. S. 107.

Epitheliom des Rückens. Nähere Angaben fehlen.

Fall 18. Krieg: Dermatolog. Vereinigung in London, Sitzung vom 8. Dezember 1897 (Ref. in den Annal. de Derm. et de Syph. 1898).

Epitheliom der Leistenbeuge.

Dem klinischen Bilde nach handelt es sich wahrscheinlich um ein Spinalzellenepitheliom.

Fall 19. Abraham: Brit. Journ. of Derm. 1897. Bd. 9. S. 112.

Pilzförmiges Epitheliom von $4:2^1/_2$ Zoll Durchmesser an der Bauchwand unterhalb des Nabels.

Der klinische Befund spricht mit Wahrscheinlichkeit für Spinalzellenepitheliom. Ein histologischer Befund fehlt.

Fall 20. Pigg: Trans. of Pathol. Soc. of London. 1897/98. Bd. 49. S. 300.

Ulcus rodens der Inguinalgegend.

Nähere Angaben fehlen. Die Bezeichnung „Ulcus rodens" macht den Basalzellentypus wahrscheinlich.

Fall 21. Rolleston: Trans. of Pathol. Soc. of London. 1897/98. Bd. 49. S. 301.

Ulcus rodens am Bauch.

Keine näheren Angaben. Der Bezeichnung nach handelt es sich wahrscheinlich um ein Basalzellenepitheliom.

Fall 22. Ehrmann: Wiener Dermatolog. Gesellschaft, Sitzung vom 8. Februar 1898. (Ref. im Derm. Zentralblatt. 1899. S. 218.)

Talergroßes Epitheliom am rechten äußeren Fußrand und Nacken.

Art des Tumors: Unbestimmt.

Fall 23. Aus der v. Bergmannschen Klinik. 1900. (Ref. in Langenbecks Archiv für klin. Chirurgie. 1906. Bd. 78. S. 808.)

Faustgroßes, höckeriges Hautkarzinom an der link. Weiche.

Keine weiteren Angaben.

Fall 24. Morrow: Journ. of cut. and genit.-urin. Diseases. 1900. S. 175.

Epitheliom über der Insertion des Sternokleidomastoideus.

Weitere Angaben fehlen.

Fall 25. Krische: Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 31. Heft 2. Oktober 1901. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. 1902. Bd. 63. S. 471.)

Taubeneigroßer Tumor über der Crista ilei.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 26. Zieler: Verhandlungen der Breslauer Derm. Vereinigung, Sitzung vom 11. Oktober 1902. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. 1903. Bd. 64. S. 438.)

10 : 15 cm großer, derber Tumor der linken Inguinalgegend.

Art des Tumors: Unbestimmt.

Fall 27. Frick: Journ. Amer. Med. Associat. Bd. 32. S. 1590. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. 1903. Bd. 64. S. 459.)

7 : 7 cm große Geschwulst der Haut zwischen den Schulterblättern. Nach der histologischen Beschreibung scheint es sich um ein mehr gutartiges Epitheliom gehandelt zu haben.

Art des Tumors: Unbestimmt.

Fall 28. Schütz: Archiv für Derm. und Syph. 1904. Bd. 70. S. 347 ff.

Auf der linken Seite der Bauchhaut $2^1/_2 : 2^1/_2$ cm große oberflächliche, höckerige Geschwulst.

Mikroskopischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 29—31. Borrmann: „Statistik und Kasuistik über 290 histologisch untersuchte Hautkrebse."

Unter den zu dieser Statistik gehörenden Karzinomen fanden sich für meine Zusammenstellung drei verwertbare Fälle, bei denen einmal der Nacken, einmal die linke Achselhöhle und einmal die Bauchhaut befallen war.

Über den mikroskopischen Befund der drei Tumoren waren keine Angaben gemacht.

Fall 32. Danlos: Annales de Derm. et de Syph. 1904. S. 346.

Schwammiger, leicht blutender Tumor am Nacken.

Nach dem klinischen Bilde handelt es sich wahrscheinlich um einen Tumor vom Typus des Spinalzellenepithelioms. Ein histologischer Befund fehlt.

Fall 33. Spiegler: Verhandl. der Wiener Dermat. Gesellschaft, 20. IV. 1904. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. Bd. 72. S. 271.)

Flaches Geschwür von Handtellergröße über dem linken Schulterblatt.

Das klinische Bild spricht für Basalzellenepitheliom. Eine Beschreibung des histologischen Befundes fehlt.

Cheatle, Lenthal, bringt in seiner Abhandlung „The Points of Invidence compared in Cancer, Leucoderma and Skleroderma“ (Brit. med. Journal 1905, S. 926) Photographien von Ulcera rodentia des Rumpfes. Nähere Angaben über Entstehung, Verlauf oder Histologie der Tumoren fehlen. Aus der Bezeichnung „Ulcus rodens“ geht hervor, daß es sich wahrscheinlich um Basalzellenepitheliome handelt. Es finden sich folgende Abbildungen:

Fall 34. Jacob: Narbe eines 5 Markstück großen Ulcus rodens am Nacken.

Fall 35 und 36. Sequeira: Kleines Ulcus rodens der linken Schulterblattgegend.

Ausgedehntes Ulcus rodens am unteren Rande des Sternums.

Fall 37. Aus Hutchinsons Sammlung:

Handtellergroßes Ulcus rodens der linken Schulterblattgegend.

Fall 38. Über handflächengroßes Ulcus rodens an der rechten Rückenhälfte.

Fall 39. Ausgedehntes Ulcus rodens der rechten Brustseite.

Fall 40. Reid: 3 Markstück großes Ulcus rodens zwischen den Schulterblättern.

Fall 41. Ulcus rodens am oberen und inneren Winkel der Skapula.

Fall 42. Henrard: Ulcus rodens am Rücken rechts neben der Wirbelsäule in Höhe der 12. Rippe.

Fall 43. Horsley: 5 Markstück großes Ulcus rodens in der Gegend des Kreuzbeins.

Fall 44. Pusey: Ausgedehntes Ulcus rodens entlang der Wirbelsäule.

Fall 45. Walker: Ulcus rodens der Kreuzbeingegend.

Fall 46. Mill: Ausgedehntes Ulcus rodens über der oberen Hälfte des Sternums.

Fall 47. Eccle: Ausgedehntes Ulcus rodens der linken Achselhöhle.

Fall 48. Royal College of Surgeons, Museum: Ausgedehntes Ulcus rodens der rechten Leistenbeuge.

Fall 49. Riche: Congrès Français de Chirurgie. (Ref. in der Revue de Chirurgie. 1906. II.)

Tumor am Nabel.

Mikroskopische Untersnchung: Wahrscheinlich Basalzellenepitheliom.

Fall 50. Coenen: Langenbecks Archiv für klin. Chirur. 1906. Bd. 78. S. 806.

2 cm erhabene ulzerierte Geschwulst, deren größte Durchmesser 7,5 und 5 cm sind, in der Drosselgrube.

Mikroskopischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 51. Richter: Wiener klinische Wochenschrift. 1907. Nr. 26.

Subkutan entwickeltes Plattenepithelkarzinom der Glutäalgegend.

Histologischer Befund: Spinalzellenepitheliom.

Fall 52. Arndt: Berliner Dermat. Gesellschaft, Sitzung vom 12. XI. 07. (Ref. im Dermat. Zentralblatt. 1908. S. 123.)

Handflächengroßer, flacher Tumor über dem rechten Schulterblatt.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 53. Krompecher: Ziegler-Nauwerk. Bd. 44. 1908. S. 73.

Faustgroßer, knotiger Tumor an der Brustdrüse einer alten Frau.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 54. Juliusberg: Archiv für Derm. und Syph. 1908. Bd. 89. S. 77, 191.

7,4 : 4,3 cm breiter Tumor der Bauchhaut.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 55. Zinsser: Versamml. Deutscher Naturforscher und Ärzte in Cöln 1908. (Ref. im Derm. Zentralblatt. Bd. 12. S. 31.)

Epitheliom in der Gegend des Kreuzbeins.

Nähere Angaben sind nicht vorhanden.

Fall 56. Brandweiner: Verhandl. der Wiener Dermat. Gesellschaft, Sitzung vom 20. X. 09. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. 1910. Bd. 101. S. 369.)

Ausgedehntes Epitheliom am Rücken.

Keine näheren Angaben.

Fall 57. Hartzell: Journ. of the Americ. medic. Associat. 24. VII. 1909. (Ref. in den Annales de Derm. et de Syph. 1910. S. 348.)

In die Haut eingelassene speckige Plaque am Thorax von roter Farbe.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 58. Arndt: Berliner Derm. Gesellschaft. 12. XI. 07. (Ref. in der Dermat. Zeitschrift. 1909. S. 129.)

Über dem rechten Schulterblatt Flachhand großer, scharf umgrenzter Herd, von einem ca. 1 mm breiten, kaum erhabenen Saume umgrenzt.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 59. Sequeira: Brit. Journ. of Derm. 1912. p. 391.

Ulcus rodens am Rücken eines 12jährigen Knaben.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 60. Pisko: Journ. of cut. and. genit.-urin. Diseases. 1913. S. 673.

Epitheliom an Bein und Hüfte.

Keine weiteren Angaben.

Fall 61. Davis: Brit. Journ. of Dermat. 1913. p. 149.

Knopfartige Geschwust an der Hinterseite der rechten Lende. Keine näheren Angaben.

Fall 62. Intyre: The Lancet. 1914. p. 1462.
Handflächengroßes Ulcus zwischen den Schulterblättern.
Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Die Lokalisation dieser 62 Rumpfhautkarzinome ist folgende:

Hals: Fall 2, 5, 11, 16, 22, 24, 29, 32, 34 = 9 Fälle.
Schulter und Rücken: 3, 4, 7, 9, 15, 17, 27, 33, 35, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 52, 56, 58, 59, 62 . . . . . = 20 Fälle.
Achselhöhle: 30, 47. . . . . = 2 Fälle.
Thorakalgegend: 10, 12, 13, 36, 39, 46, 50, 53, 57 . . . . . = 9 Fälle.
Bauch und Leistenbeuge: 6, 8, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 31, 48, 49, 54, 60 . . . . . = 16 Fälle.
Gesäß und Kreuzbein: 1, 43, 45, 51, 55, 61 . . . . . = 6 Fälle.

Bezüglich des histologischen Befundes ergab sich folgendes Resultat:

Basalzellenepitheliome: 36 Fälle.
a) sichere Fälle: 14, 25, 28, 50, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 62. . . . . = 11 Fälle.
b) wahrscheinliche Fälle: 8, 10—12, 13, 16, 20, 21, 33, 34—48, 49 . . . . . = 25 Fälle.

Spinalzellenepitheliome: 8 Fälle.
a) sichere Fälle: 5, 6, 51 . . . . . = 3 Fälle.
b) wahrscheinliche Fälle: 7, 15, 18, 19, 32 = 5 Fälle.

Nicht zu entscheidende Fälle: 18.
Fall 1—4, 9, 17, 22—24, 26, 27, 29—31, 55, 56, 60, 61.

II. Multiple Rumpfhautkrebse.

Fall 63. Audouard: Thèse de Lille. Paris 1878. p. 14. (Ref. in Ziegler-Nauwerks Beiträge zur path. Anatomie. 1893. Bd. 14.)

Multiple Knötchenbildung am Nacken, Hals, Gesicht und Clavicula.

Histologischer Befund: Unbestimmt.

Fall 64. Philipps: Archiv für Derm. und Syph. 1894. Bd. 28. S. 419.

Zahlreiche Epitheliome am ganzen Körper.

Histologischer Befund: Unbestimmt.

Fall 65. Berard: Revue de Chirurgie. 1895. S. 664.

Regellose Ausbreitung von weichen, zum Teil ulzerierten Tumoren an behaartem Kopf, Rumpf und Gliedern.

Histologischer Befund: Unbestimmt.

Fall 66. Pringle: Brit. Journal of Dermat. 1897. S. 452.

Ulcera rodentia auf Gesicht und Rücken.

Die Bezeichnung „Ulcus rodens“ läßt Basalzellenepitheliome vermuten.

Fall 67. Lumière et Berard: Académie de Médecine de Paris. 26. 12. 1899. (Ref. in den Annales de Derm. et de Syph. 1901. S. 997.)

Multiple Epitheliome des Kopfes, Stammes und der Glieder.

Keine weiteren Angaben.

Fall 68. Allworthy u. Pernet: Brit. Journ. of Derm. Oktober 1900. S. 350.

Multiple Karzinome an der rechten Gesäßhälfte.

Nach dem histolog. Befunde handelt es sich wahrscheinlich um Basalzellenepitheliome.

Fall 69. Cheatle: Brit. Med. Journal. 1905. S. 926.

Abbildung eines Falles mit multiplen bis Handteller großen Tumoren an r. Unterbauchseite.

Keine weiteren Angaben.

Fall 70. Pollitzer: Archiv für Derm. und Syph. 1905. Bd. 76. S. 323.

An Stamm und Gliedern zahlreiche tumorartige und ulzerierte Knoten.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliome.

Fall 71. Cheatle: Brit. Med. Journ. 20. VII. 1907, p. 140.

Multiple Geschwüre am Bauch und Rücken.

Dem klinischen Bilde nach handelt es sich wahrscheinlich um ein Spinalzellenepitheliom. Ein histolog. Befund fehlt.

Fall 72. Wende: Journ. of cut. Diseases. 1908, p. 531.

Oberflächliche und tiefe Epitheliome an Rumpf und Gliedern.

Histologischer und klinischer Befund: Wahrscheinlich Spinalzellenepitheliome.

Fall 73. Fordyce: Journ. of the Americ. Med. Assoc. 24. X. 08.

Zahlreiche Läsionen auf Brust und Armen mit perlartig aufgeworfenen Rändern.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliom.

Fall 74. Danlos u. Flandin: Verhandl. der Société francaise de Derm. et de Syph. 4. XI. 1909. (Ref im. Archiv für Derm. und Syph. 1910. Bd. 103. S. 143.)

Herde mit Erhebungen und Pigmentationen an verschiedenen Körperpartien.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliome.

Fall 75. Reitmann: Verhandl. der Wiener Derm. Gesellschaft. 25. V. 1910. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. 1910. Bd. 104. S. 105.

2 Handtellergroße und ein kleines Epitheliom am Rücken, eine größere Zahl im Gesicht.

Klinische und histologische Diagnose: Unbestimmt.

Fall 76. Weidenfeld: Archiv für Derm. und Syph. 1912. S. 467 ff.

Multiple Epitheliome an Stamm und Gliedern.

Histologischer Befund: Baselzellenepitheliome.

Fall 77. Hutchinson: Journ. of cut. and genito-urin. Diseases. 1913. Bd. 31. S. 161—166.

Multiple Knoten am Kopf, Gesicht, Ohren, Brust, Rücken, Bauch, Gesäß und rechte Handfläche.

Histologischer Befnnd: Unbestimmt.

Fall 78. Kingsbury: Verhandl. der New Yorker Derm. Gesellschaft vom 27. Mai 1913. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. Bd. 117. S. 920.)

Außer 2 Epitheliomen an Brust und Nacken eine größere Zahl schuppender, atrophischer Plapues am Stamm mit wachsartigen Knötchen am Rande.

Klinischer Befund: Wahrscheinl. Basalzellenepitheliome.

Fall 79. Kee: Verhandl. der New Yorker Derm. Gesellschaft. 25. XI. 1913. (Ref. im Archiv für Derm. u. Syph. Bd. 122. S. 264.)

Erbsen bis 25 Centstück große flache, rötliche, schuppende Flecken mit aufgeworfenem perlmutterartigem Rand.

Klinischer Befund: Wahrscheinl. Basalzellenepitheliome.

Fall 80. Janeway: Journ. of cut. and genito-urin. Diseases. 1914. S. 32.

Epitheliome des Nackens.

Keine weiteren Angaben bezügl. des histol. Befundes. Klinisch scheint es sich um Basalzellenepitheliome zu handeln.

Fall 81. Kyrle: Verhandl. der Wiener Derm. Gesellschaft. 7. V. 1914. (Ref. im Archiv für Derm. und Syph. 1914. S. 284.)

Zahlreiche, teilweise ulzerierte „Warzen“ in der hinteren Schweißrinne und der Kreuzbeingegend.

Histologischer Befund: Basalzellenepitheliome.

Fall 82. Pusey: Amerik. Derm. Vereinigung. 38. Jahresversammlung zu Chicago. (Ref. im Journ. of cut. and genit.-urin. Diseases. 1915. S. 388.)

Mehrfache Epitheliome an Stamm und Gliedern.

Histologischer Befund: Keine Angaben.

Fall 83. Ormsby: Journ. of cut. and genit.-urin. Diseases. 1915. S. 391.

12 etwa 10 Centimesstück bis mehrere Zoll große Läsionen am Rücken von glänzend roter Farbe, und scharf begrenzt durch einen perligen Rand.

Klinischer Befund: Basalzellenepitheliome.

Fall 84. Adamson: Brit. Journ. of Dermatology. 1917.

Multiple Geschwüre und Knoten der Bauchhaut.

Histologischer Befund: Besalzellenepitheliome.

Den 62 Fällen solitärer Rumpfhautkarzinome stehen 22 Fälle multipler Rumpfhautkarzinome gegenüber.

Die Lokalisation der multiplen Rumpfhautkarzinome in diesen 22 Fällen ist folgende:

Hals: Fall 63, 80 . . . . . = 2 Fälle.
Brust: 73 . . . . . = 1 Fall.
Bauch: 69, 84 . . . . . = 2 Fälle.
Bauch und Rücken: 71 . . . . . = 1 Fall.
Rücken: 66, 79, 83 . . . . . = 3 Fälle.
Kreuzbein und Gesäß: 68, 81 . . . . . = 2 Fälle.
Am ganzen Körper: 64, 65, 67, 70, 72, 74, 76—79, 82 . . . . . = 11 Fälle.

Der histologische Befund in diesen 22 Fällen ergab folgendes Resultat:

Basalzellenepitheliome: 12 Fälle.
a) sichere Fälle: 70, 73, 74, 76, 81, 83, 84 = 7 Fälle.
b) wahrscheinliche Fälle: 66, 68, 78—80 = 5 Fälle.
Spinalzellenepitheliome: 2 Fälle.
a) sichere Fälle: . . . . . = —
b) wahrscheinliche Fälle: 71, 72 . . . . = 2 Fälle.
Unbestimmt: 63—65, 67, 69, 75, 77, 82. . = 8 Fälle.

Von den 22 Fällen multipler Rumpfhautkarzinome konnten 14 klinisch oder histologisch bestimmt werden.

Unter diesen 14 Fällen finden sich in 12 Fällen Basalzellenepitheliome und in 2 Fällen Spinalzellenepitheliome.

Zusammenfassung.

Von 84 Rumpfhautkrebsen konnte in 58 Fällen einigermaßen festgestellt werden, welcher Typus des Hautkrebses vorlag. Von den 58 Fällen waren 48 Basalzellenepitheliome (82,7%) und 10 Spinalzellenepitheliome (17,3%).

In der überwiegenden Mehrzahl der Rumpfhautkrebse handelt es sich also um Basalzellenepitheliome.

Was die Lokalisation der solitären und multiplen Epitheliome am Rumpf angeht, so ist dieselbe eine außergewöhnlich mannigfaltige. Das einzige, was vielleicht auffällt, ist, daß in der Literatur 4 mal die gleiche Gegend angegeben ist wie auch in meinen beiden Fällen, in dem ersten, der von dem größten, in dem zweiten der von dem einzigen Tumor eingenommen war, nämlich die Weichen- und Hüftgegend. Ob das für eine besondere Prädisposition dieser Gegend spricht, muß natürlich weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben.

Von „praecancerösen" Affektionen der Haut ist außer Atheromen, senilen Warzen und Arsenkeratosen nichts hervorzuheben. Aber auch diese sind sehr selten zu konstatieren gewesen. Speziell die senilen Warzen sind bekanntlich fast regelmäßig an der Rumpfhaut älterer Menschen vorhanden; es ist also sehr auffallend, daß sie nur so ganz ausnahmsweise in Epitheliome übergehen im Gegensatz zu den senilen Keratomen der Gesichtshaut, bei denen das sehr häufig geschieht.

Wie bei den Basalzellenepitheliomen der Gesichtshaut, so finden sich auch bei denen des Rumpfes alle Übergänge von den unscheinbarsten Läsionen, bei denen die Diagnose noch recht schwierig sein kann, zu außerordentlich großen Ulzerationen. Auffallend ist aber gegenüber dem außerordentlich seltenen Vorkommen stark erhabener Formen im Gesicht, die starke tumorartige Wucherung in den beiden von mir beobachteten Fällen. Auffallend ist endlich auch, daß aus meiner Statistik sich das Überwiegen von sicheren oder wahrscheinlichen Basalzellenepitheliomen über die

Spinalzellenepitheliome auch am Rumpfe ergibt, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß ich die oben im einzelnen angeführten auf Narben usw. beruhenden Karzinome abseits gestellt habe.

Zum Schlusse erlaube ich mir Herrn Geheimrat Professor Dr. Jadassohn für die gütige Unterstützung bei Abfassung meiner Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Am 15. Januar 1892 wurde ich, Kurt Rose, zu Allenstein geboren. Ich bin katholischer Konfession. Meine Schulbildung erhielt ich im Königlichen Friedrichs-Kollegium zu Königsberg i. Pr., wo ich Ostern 1911 die Reifeprüfung bestand. Dem Studium der Medizin widmete ich mich an den Universitäten Freiburg und Königsberg. Im Juli 1913 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und diente daran anschließend als Einjährig-Freiwilliger im Grenadier-Regiment Nr. 1 zu Königsberg. Als Feldunterarzt vom August 1914 bis zum Winter 1916/17 im Felde und von dieser Zeit ab in der Garnison als Feldhilfsarzt tätig, wurde ich im Januar 1918 wegen eines mir im Felde zugezogenen Leidens aus dem Heeresdienste entlassen. Am 3. April 1918 bestand ich das medizinische Staatsexamen und erhielt gleichzeitig die Approbation als Arzt. Vom 3. April 1918 bis 10. Januar 1919 war ich Volontärassistent an der Universitätshautklinik zu Breslau. Seit dem 10. Januar 1919 bin ich Assistenzarzt an der dermatologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau.